

Année 1904

THÈSE

N°

468

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 16 Juillet 1904, à 4 heure

PAR

Félix LE LOUET

INTERNE PROVISoire DES HOPITAUX DE PARIS

HÔPITAL MARITIME DE BERCK-SUR-MER

**LES GOMMES TUBERCULEUSES PROFONDES
DU MOLLET**

PRÉSIDENT : M. LE DENTU, Professeur.

JUGES	{	MM. BERGER, Professeur.	{	Agrévés.
		FAURE, AUVRAY,		

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 12
(Anciennement 36, rue Serpente)

1904

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie		POIRIER.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		{ HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		BERGER.
Pharmacologie et Matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		N....
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale		CHANTEMESSE
		DEBOVE.
Clinique médicale		{ LANDOUZY.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
		TERRIER.
Clinique chirurgicale		{ DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAX.
Clinique ophtalmologique		LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchement		{ PINARD.
		BUDIN.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LAUNOIS.	RIEFFEL, chef
ACHARD.	DUPRE.	LEGRY.	des trav. anat.
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANCON.	GILLES DE LA	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	TOURETTE.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (AUG.).	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (ANDRÉ).	GOUJET.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
DEMELIN.	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR MERKLEN

MÉDECIN DE L'HOPITAL LAENNEC

(1898-1899)

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPLAY

CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU

(1899-1900)

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL NECKER

(1900-1901)

MONSIEUR LE DOCTEUR VARIOT

MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

(1901-1902)

MONSIEUR LE DOCTEUR LEPAGE

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ

(1901-1902)

MONSIEUR LE DOCTEUR BLUM

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

(1902-1903)

MONSIEUR LE DOCTEUR V. MÉNARD

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL MARITIME DE BERCK-SUR-MER

(1903-1904)

THE NATIONAL ARCHIVES

RECORDS OF THE DEPARTMENT OF THE INTERIOR

LAND OFFICE

1864-1865

LAND OFFICE

LAND OFFICE

1866-1867

LAND OFFICE

LAND OFFICE

1868-1869

LAND OFFICE

LAND OFFICE

1870-1871

LAND OFFICE

LAND OFFICE

1872-1873

LAND OFFICE

LAND OFFICE

1874-1875

LAND OFFICE

LAND OFFICE

1876-1877

Les gommes scrofuleuses sont bien connues. Leur aspect, leur évolution, un grand nombre de leurs localisations ont été observées et minutieusement décrites par les anciens auteurs sous des dénominations variées : abcès froids, abcès scrofuleux, écoulements cellulaires, hydrosadénites scrofuleuses, scrofulides phlegmoneuses, etc., etc... Toutefois, à une époque où la nature des manifestations scrofuleuses n'était pas encore déterminée et le cadre de la scrofule mal délimité, la question de doctrine semble avoir préoccupé les auteurs au détriment de la clinique. Les innombrables variétés de formes et de localisations des gommes scrofuleuses n'ont pas toutes été décrites, soit que les observateurs ne les aient pas toutes jugées dignes d'une description détaillée, soit qu'ils aient manqué d'un champ d'observation assez vaste pour rencontrer les variétés les plus rares.

Ces éléments ne nous ont pas manqué à l'hôpital maritime de Berck, milieu exceptionnellement favorable à l'étude de la scrofulo-tuberculose. Notre attention a été attirée sur une localisation assez rare des gommes scrofuleuses profondes, leur localisation au mollet. Leur évolution à ce niveau

nous a paru mériter une description détaillée : elle offre un type clinique assez net et des conséquences assez importantes pour attirer l'attention des observateurs sur les divers points de leur histoire.

HISTORIQUE

En passant en revue les ouvrages et les observations des auteurs qui ont traité des manifestations de la scrofule, nous voyons que très peu d'entre eux signalent cette localisation ; s'ils la rencontrent dans leurs observations, ils n'en font qu'une courte mention.

Ne citons que pour mémoire Hippocrate, Galien, Celse : ils ne connaissent de la scrofule que les écrouelles cervicales. D'ailleurs nous pouvons dire avec Brissaud que les « opinions de la haute antiquité médicale sont complètement dénuées d'intérêt sur ce point ».

Fernel, Baillon n'envisagent que la localisation ganglionnaire.

Bonet, Astruc, Morgagni imaginent des théories pathogéniques : ils font des manifestations de la scrofule une accumulation de la lymphe dans le parenchyme des ganglions lymphatiques.

En 1749, l'Académie Royale de chirurgie met au concours le sujet suivant : « Déterminer les caractères des tumeurs scrofuleuses, leurs signes, leur

cure ». Dans les mémoires de Faure (de Lyon), de Charmetton et de Bordeu, ce sont encore les écouvelles qui tiennent la plus grande place.

LaLouette (1780), dans son « *Traité des scrofules*, vulgairement appelées écouvelles ou humeurs froides » dit que « d'autres fois le vice scrofuleux gagne le tissu cellulaire des muscles qui revêtissent la poitrine et l'épine... On voit arriver la même chose dans les graisses situées dessus et dessous les aponévroses de l'avant-bras, autour du poignet et dans la paume de la main. Cette humeur s'arrête également dans les graisses qui recouvrent les muscles du bas-ventre et ceux des lombes; on en trouve encore dans les graisses des muscles fessiers, dans celles qui recouvrent le fascia lata et quelquefois dessous cette aponévrose...

« La membrane adipeuse des jambes et des pieds n'en est pas plus exempte que les autres parties du corps » (1).

Il connaît la gomme profonde, mais parmi ces multiples localisations, il ne s'arrête pas au mollet.

Delpéch (1816-1829) l'avait observée: « Dans le tissu de la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané ou intermusculaire, on voit se former spontanément le plus souvent du moins sans provocation connue », les tubercules scrofuleux.

Il publie dans le *Mémorial des Hôpitaux du Midi et de la Clinique de Montpellier* en 1829 (p. 497) une

(1) In-12. Paris, MDCCLXXX, p. 22 et suiv.

observation avec examen de la pièce, sous ce titre :
« Amputation de la cuisse nécessitée par des tubercules disséminés dans les parties molles et dans les os du membre inférieur, chez un homme de 50 ans. Les muscles et les aponévroses étaient criblés de tubercules, mais le fémur était aussi atteint, tubercules rouges, blancs ou ensevelis dans un foyer purulent.

Roux et Bérard, en 1844, dans le dictionnaire en 30 volumes, insistent sur la multiplicité des abcès scrofuleux et le terrain sur lequel ils évoluent : « Ils sont caractérisés moins par une physionomie spéciale que par leur multiplicité et leur apparition simultanée ou successive, chez un même sujet, en proie d'ailleurs à d'autres affections locales qui dépendent du vice scrofuleux (1). »

Guersant, à la même époque, constate le même fait de multiplicité des localisations tuberculeuses. « Le même individu en porte presque toujours plusieurs (2) ».

Lebert, en 1849, sans prononcer le mot *gomme*, décrit l'évolution de ce qu'il appelle abcès scrofuleux. Il note leur début insidieux, l'absence de douleur et de phénomènes réactionnels qui caractérise leur développement. « Souvent, dit-il, les malades ne s'aperçoivent pas de leur formation et leur attention n'est frappée que par la saillie que forment au bout d'un certain temps ces collections purulentes. »

(1) Dict. en 30 v. art. abcès.

(2) Dictionnaire de Médecine, p. 153-211.

Bazin (1861), dans les nombreux documents qu'il a accumulés sur la scrofule, a noté la localisation spéciale que nous étudions. Nous reproduisons plus loin une de ses observations.

Il étudie longuement les abcès froids profonds « qui se développent sourdement sous le système musculaire » ; note le caractère insidieux de ce développement.

Notons en passant qu'il les range à la troisième période de la scrofule. A côté d'eux, nous voyons figurer : 1° les arthropathies scrofuleuses qui comprennent toutes les tumeurs blanches ; 2° la carie scrofuleuse ; 3° les abcès par congestion ; 4° les rétractions, atrophies et transformations musculaires (1).

Cruveilhier ne semble pas avoir observé souvent cette localisation de la tuberculose. Il écrit : « Rien de plus rare que la présence des granulations miliaires et des tubercules proprement dits dans le tissu cellulaire libre (2). »

Bézy (1880), dans une thèse consacrée à l'étude des abcès froids du tissu cellulaire, donne une observation de la localisation que nous étudions.

C'est surtout dans l'article de Brissaud et Josias, paru dans la *Revue de médecine et de chirurgie* en novembre et décembre 1879, que l'on trouve la première étude précise des gommes scrofuleuses.

(1) Bazin. — Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule, Paris, 1861, 2^e édition, p. 403 et suiv.

(2) Cruveilhier. — Anatomie pathologique, Paris, 1862, T. IV, p. 729.

Ces auteurs publient cinq observations de malades porteurs de gommes scrofuleuses multiples. L'un des malades mourut de fièvre typhoïde, des biopsies furent pratiquées sur d'autres : ils eurent ainsi un grand nombre de pièces dont l'étude leur permit d'affirmer la nature tuberculeuse de ces manifestations de la scrofule. Toutefois, ils s'en tinrent aux gommes superficielles et n'allèrent pas plus profondément que l'hypoderme.

En 1881, Lannelongue publie son important mémoire *Abcès froid et tuberculose osseuse* (1). Il y expose en maître d'une compétence indiscutable l'anatomie pathologique de l'abcès froid, démontre le rôle essentiel de la membrane pyogénique attaquant les tissus sains comme une véritable tumeur vivante, un *tuberculome*. Parmi les observations qu'il présente nous n'en voyons pas où il ait observé la localisation que nous étudions.

En 1882, Brissaud, dans un article du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique*, fait un tableau magistral de la scrofule, mais il ne cite pas les localisations diverses des gommes scrofuleuses.

Dans sa thèse d'agrégation Routier a occasion de citer à propos de pathogénie du P. B. équin des observations se rapportant à des gommes du mollet. Nous citons ces observations et les moyens qu'il

(1) Lannelongue. — *Abcès froid et tuberculose osseuse*. Paris, 1881.

préconise comme traitement préventif de cette variété du P. B. accidentel.

Ni Chameroi, ni Corbeil (1) dans leurs thèses sur le traitement des abcès froids ne notent la localisation au mollet. Comme traitement, le premier préconise, après Chassaignac, le drainage; le second, sous l'inspiration de Lannelongue, la destruction de la membrane pyogénique par la curette.

Nicaise, dans un article paru dans la *Revue de Chirurgie* (2), étudie les abcès froids du tissu cellulaire. Il résume ainsi la pathogénie de ces abcès froids; « Ceux-ci ne sont qu'une terminaison et une complication d'une autre lésion qui les a précédés; ils succèdent aux gommes tuberculeuses ». Il décrit les trois phases de *exudité*, de *ramollissement*, d'*ulcération* et de formation de *collection purulente*. Mais, il n'énumère pas les localisations diverses de ces lésions.

Verchère, dans un article de la *Revue de Chirurgie* (3), étudie le traitement des abcès froids. Il s'élève contre les grandes incisions à cause des cicatrices. Il préconise les ponctions répétées suivies d'injections d'éther iodoformé. Mais pas une de ses 23 observations ne se rapporte à des abcès froids du mollet.

Harlet (4), dans sa thèse étudie les abcès froids

(1) *Th.* de Paris, 1882.

(2) *Revue de Chirurgie* de 1885, p. 486.

(3) *Revue de Chirurgie* de 1886, p. 476.

(4) *Th.* de Lille, 1888.

du tissu cellulaire. Il cite deux observations tout à fait analogues aux nôtres. Ces observations ont été présentées par le 1^{er} Pozzi au Congrès de chirurgie de 1885 et reproduites dans la *Gazette Médicale* (1).

Il passe en revue les méthodes de traitement et conclut, en s'inspirant de Lannelongue, que « l'idéal serait d'enlever entièrement et d'un seul coup le foyer primitif ».

On voit qu'à l'époque où leur nature bacillaire a reçu une démonstration anatomique, histologique, clinique puis bactériologique, nombre de chirurgiens et d'anatomistes ont eu à s'occuper des gommes tuberculeuses. Lannelongue, Brissaud, Josias ont joué parmi ces auteurs un rôle prépondérant en rattachant d'une manière définitive les gommes du tissu cellulaire au grand chapitre de l'infection bacillaire. Cette question est depuis longtemps vidée ; la solution appartient au domaine classique.

Loin de nous l'ambition d'envisager les caractères généraux d'un domaine aussi vaste ; le rôle auquel nous nous sommes attaché, beaucoup plus modeste, consiste seulement à tracer un tableau clinique d'une localisation particulière des gommes tuberculeuses. Si nous avons cru devoir faire quelques recherches dans les auteurs anciens eux-mêmes, ce n'était pas pour y suivre l'évolution de l'esprit médical, depuis l'ancien *phyma du tubercule* de la médecine

(1) *Gazette médicale* de 1885, p. 195-197.

cine grecque jusqu'au *tubercule* de Laënnec, au *nodule* des histologistes, et enfin au *bacille*; nous recherchions si les praticiens avaient arrêté leur attention sur le terrain limité de la jambe dans lequel la gomme tuberculeuse prend, à notre avis, des caractères anatomiques et cliniques capables de justifier une description pratique.

ETIOLOGIE

Cet aperçu historique ne nous donne guère de renseignements sur cette localisation des gommes tuberculeuses profondes que nous avons étudiée.

C'est de nos observations que nous allons recueillir les notions étiologiques et cliniques qui s'en dégagent d'elles-mêmes.

Quelle est la fréquence relative des gommes profondes du mollet ? Il n'est guère possible d'établir de statistique à cet égard.

De nos treize observations, sept ont été recueillies à l'Hôpital maritime de Berck qui comprend environ 750 enfants tous porteurs de lésions scrofulo-tuberculeuses, à l'exception d'une centaine de rachitiques ou d'anémiques qui en sont exempts. Nous aurions le droit d'en conclure que les gommes profondes du mollet s'observent une fois sur 93 scrofulo-tuberculeux. Mais il est d'observation courante, surtout à l'Hôpital, qu'un même fait pathologique se présente par séries : on le voit plusieurs fois de suite et il peut se passer des semaines et des mois sans qu'on le rencontre de nouveau. Il en a été de même pour le fait que nous envisageons ici.

Nous n'attachons pas grande importance à la pré-

dominance du sexe féminin parmi nos malades. Remarquons toutefois que les garçons qui font l'objet de nos observations sont plus jeunes que les filles; ils ont entre 5 et 7 ans; les filles ont entre 11 et 14 ans. Trois d'entre elles sont même adultes. Sans doute, les garçons se sont exposés plus tôt aux traumatismes qui agissent comme cause déterminante de la localisation de l'infection tuberculeuse.

Un fait important est la multiplicité des lésions scrofulo-tuberculeuses chez nos malades.

Aucune de nos observations ne nous montre les gommes du mollet comme unique manifestation de la scrofulo-tuberculose. Tous nos malades sont porteurs de foyers tuberculeux multiples. Le malade de l'obs. I en a 9; celui de l'obs. II, 7; celui de l'obs. VI, 11; celui de l'observation VII, 12; etc...

C'est un fait qui a toujours frappé les observateurs. « Le même individu en porte presque toujours plusieurs (abcès) », dit Guersant (1). « Les abcès scrofuleux sont caractérisés moins par une physionomie spéciale que par leur multiplicité et leur apparition ou simultanée ou successive chez un même sujet, en proie d'ailleurs à d'autres affections locales qui dépendent du vice scrofuleux. » (Roux et Bérard) (2).

Ces foyers tuberculeux sont variés. Toutefois on peut remarquer que ce sont, en général, des foyers

(1) Guersant. — Art. Scrofule du Dictionnaire de médecine ou Répertoire général des Sciences médicales considérées sous les rapports théorique et pratique, t. XXVIII, p. 211.

(2) Roux et Bérard, — Art. Abcès. du Dictionnaire en 30 v., t. I, p. 54.

dont la gravité intrinsèque n'est pas considérable. Nous faisons ici une constatation à laquelle notre maître M. Ménard nous a habitué : « Les petits foyers tuberculeux vont ensemble, de même les grands ».

C'est ainsi que l'on observe journallement des enfants porteurs de spina ventosa multiples des deux mains et des deux pieds sans autres localisations. D'un autre côté, les grands foyers tuberculeux tels que le mal de Pott, la coxalgie ou la tumeur blanche du genou sont ceux que l'on rencontre le plus souvent à l'état isolé. Si, au contraire, ils se trouvent associés, ce n'est pas le plus souvent avec la tuberculose des petits os de la main ou du pied, c'est plutôt avec une lésion de plus grande importance. La coxalgie coïncide avec une coxalgie de l'autre côté, avec un mal de Pott ou une tumeur blanche du genou, du coude, du poignet, etc. Sans doute il ne s'agit pas ici d'une loi générale, les exceptions sont nombreuses. Toutes les associations peuvent être rencontrées dans la tuberculose à foyers multiples. Cependant, en ce qui concerne notre sujet, nous voyons les gommes de la partie postérieure de la jambe s'associer de préférence à des localisations de gravité moyenne. Ce sont d'autres gommes superficielles ou profondes, des spina ventosa, des arthrites du coude, de l'épaule. Toutes ces lésions isolées n'entraînent pas un pronostic sombre. Notons pourtant, dans les observations III, IV et XIII, l'association avec le mal de Pott, la plus grave des tuberculoses chirurgicales.

La simultanéité de toutes ces lésions quoique disparates est un fait connu des auteurs. Bazin, comme nous l'avons vu, les range toutes à la troisième période de la scrofule, avec toutes les lésions que nous avons citées plus haut (1).

Une de nos malades (obs. VIII) porte des lésions pulmonaires : c'est une adulte. Chez l'enfant, l'association de la tuberculose pulmonaire avec les foyers tuberculeux dits chirurgicaux même très nombreux est un fait rare. Quand l'infection tuberculeuse se généralise, c'est plutôt la localisation méningée que pulmonaire que l'on observe.

Ces faits confirment une fois de plus la loi de Louis : «Après 15 ans, il ne peut pas y avoir de tubercules dans un organe s'il n'y en a pas dans le poumon ».

Nous ne citons que pour mémoire des notions étiologiques banales, en ce sens qu'elles s'appliquent à toutes les manifestations de la scrofulo-tuberculose.

Nos malades sont des scrofuleux. Ce n'est pas ici le lieu de s'étendre sur la signification qu'il faut donner à ce mot de *scrofule*. Aussi bien « s'il est facile de s'entendre sur une série de manifestations morbides et de les ranger sous ce nom, dit Grancher en 1880, il est beaucoup plus difficile d'en déterminer les limites et d'en donner une définition un peu rigoureuse ».

(1) Bazin. — Cf., p. 14.

Sans aller jusqu'à dire avec Henle que « la scrofule est le panier dans lequel on jette indistinctement toutes les maladies qui frappent les enfants de moins de 14 ans et dont on ne connaît pas la cause », nous pouvons avouer que les auteurs ont été longtemps embarrassés pour définir ce terme de *scrofule* d'une façon précise.

Ils donnaient de l'habitus du scrofuleux des descriptions longues et confuses dans un style ampoulé que Grancher raille spirituellement. D'après la description de Fournier et Bézin, Milcent, etc... : « L'individu prédisposé à la scrofule peut être grand ou petit, gros ou mince, gras ou maigre, intelligent ou borné, beau ou laid, blond ou brun. Sa tête est grosse ou petite, son appétit vif ou nul, ses sens très éveillés ou presque éteints... etc... »

Ce qui est certain, c'est qu'on observe souvent la pâleur de sa face et sa bouffissure, la mollesse des chairs et la finesse de la peau, la lèvre supérieure œdématiée. Mais ce sont là des caractères inconstants et qui ne méritent pas de nous arrêter longtemps. Nous savons d'ailleurs que « la scrofule n'est pas une maladie », mais « une condition particulière de l'organisme due à un trouble général de la nutrition » (Brissaud). Nous connaissons aussi les caractères spéciaux que revêtent les infections chez les scrofuleux : la lenteur de leur évolution, leur tendance à passer à l'état chronique, les traces indélébiles qu'elles laissent souvent.

Quant à la nature tuberculeuse des manifestations

que nous étudions, elle a été nettement démontrée par Brissaud et Josias en 1880 et maintes fois confirmée depuis : nous jugeons inutile d'y insister (1).

(1) Brissaud et Josias. — Des gommes scrofulenses et de leur nature tuberculeuse. *In revue mensuelle de médecine et de chirurgie*. N^{os} de nov. et déc. 1879.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons eu la bonne fortune, en opérant le malade de l'observation I, de voir sur le vivant la disposition des lésions que nous étudions. Les gommes s'y trouvaient à une période déjà éloignée de leur début ; nous avons sous les yeux l'abcès froid tuberculeux. Or, les abcès froids du tissu cellulaire, « idiopathiques », « ne sont qu'une terminaison et une complication d'une autre lésion qui les a précédés, ils succèdent aux gommes tuberculeuses. Pour bien les comprendre, il faut donc rappeler les différentes phases des lésions qui les précèdent (1). »

Mais auparavant, il nous semble utile de rappeler la disposition anatomique normale de la région où évoluent ces lésions.

Ce sont surtout les loges aponévrotiques qui ont pour nous de l'intérêt ; ce sont elles qui commandent en quelque sorte l'évolution des productions tuberculeuses.

On sait que l'aponévrose jambière enveloppe de

(1) Nicaise. — *Revue de chirurgie*, 1885, p. 486.

toutes parts la jambe. De sa face profonde se détachent les cloisons intermusculaires qui délimitent les trois loges de la jambe.

La loge postérieure est divisée en deux loges secondaires par une cloison transversale. Cette cloison, aponévrose jambière postérieure profonde s'étend du bord interne du tibia au bord externe du péroné.

En arrière de cette cloison, dans la loge superficielle par conséquent, nous trouvons le triceps sural et le plantaire grêle ; en avant d'elle, dans la loge profonde, les deux fléchisseurs des orteils, le jambier postérieur, les vaisseaux et nerfs tibiaux postérieurs et les vaisseaux péroniers. Les vaisseaux, artères jambière postérieure et péronière, accompagnées de leurs veines satellites, cheminent dans la loge profonde (1).

Le siège des gommès tuberculeuses que nous étudions est le tissu cellulaire qui sépare les deux plans musculaires de la face postérieure de la jambe.

C'est tantôt au niveau de la moitié supérieure de cette région qu'elles débutent, au-dessous du soléaire et des jumeaux, tantôt plus bas, au-dessous du tendon d'Achille.

L'origine de la lésion est un nodule tuberculeux, agglomération de granulations tuberculeuses.

Nous ne jugeons pas utile de décrire la granulation

(1) Cf. POIRIER. — *Traité d'anatomie humaine*. T. II, p. 289.

tuberculeuse, lésion élémentaire de la gomme tuberculeuse. Le nodule tuberculeux subit une dégénérescence tantôt fibreuse, tantôt caséeuse. Cette dernière évolution est habituelle dans le cas actuel, à quelque cause qu'on l'attribue, peut-être à l'oblitération des vaisseaux « tout en conservant un doute sur cette interprétation (1). »

La transformation caséeuse des tubercules détermine leur mortification et leur ramollissement du centre à la périphérie. C'est l'origine de l'abcès tuberculeux.

Nous avons dit le siège de cet abcès. L'aponévrose qui bride la couche musculaire profonde d'une part, celle qui forme la loge du triceps sural d'autre part, limitent à peu près invariablement en avant et en arrière la zone où évolue le tuberculome. Selon que l'origine de l'abcès est en haut ou en bas, l'on voit progresser l'abcès froid de haut en bas ou inversement.

D'une façon générale, on peut dire que la tumeur est étalée entre les deux aponévroses qui l'aplatissent d'avant en arrière.

Sa forme n'est pas régulière. La collection principale envoie des prolongements dans plusieurs directions. C'est surtout en haut sous la masse des jumeaux et en bas, de chaque côté du tendon d'Achille, que sont situés les prolongements les plus constants. Le premier affecte la forme d'un diverticule large et aplati, les seconds, la forme de deux poches cylindriques

(1) Cornil et Ranvier. — *Manuel d'Histologie pathologique*, T. I, p. 245.

descendant plus ou moins bas, parfois jusqu'au niveau des malléoles.

L'étendue de la collection peut être considérable.

Nous l'avons vu occuper le tiers, la moitié de la loge de la face postérieure de la jambe, en longueur. La largeur de la collection est facile à apprécier quand elle dépasse l'extrémité inférieure de la saillie des jumeaux. On la voit alors déborder de chaque côté la naissance du tendon d'Achille de 2 centimètres environ.

Au cours de nos interventions, nous avons pénétré dans la poche de l'abcès froid.

Dans son ensemble elle reproduit la forme extérieure allongée et oblongue de la tuméfaction. Dans deux cas elle affectait la forme en bissac. Il existait une portion supérieure large située sous la masse des jumeaux, et une portion inférieure cylindrique en avant du tendon d'Achille.

Ces deux portions communiquaient par un étranglement court et étroit permettant seulement l'introduction de la sonde cannelée.

Les prolongements latéraux étaient superficiels et venaient jusqu'à la peau.

La collection est limitée par une membrane dont Lannelongue a fait une description dont nous avons pu constater l'exactitude.

Nous ne pouvons mieux faire que de suivre cette description.

« La surface interne est inégale et villeuse, d'aspect chagrine. Elle est recouverte de boursofflures

tantôt pâles, tantôt rouges, rappelant les aspects du chémosis conjonctival. Sur le vivant, cet état s'exagère quand l'abcès vient d'être ouvert, car il subit aussitôt un mouvement de retrait. » Sur la face interne de cette paroi existent des masses de fongosités adhérant plus ou moins solidement. Les unes sont solidement fixées et résistent aux coups de curette ; les autres viennent avec la plus grande facilité. Enfin, des masses caséifiées adhèrent pour ainsi dire à peine.

La surface externe de cette paroi ne se disséquait pas facilement : un travail inflammatoire s'était déjà fait. Elle faisait corps avec l'aponévrose de revêtement du jambier postérieur et des fléchisseurs des orteils.

Après l'avoir enlevée à coups de curette énergiques, nous la voyons hérissée de prolongements irréguliers, conoïdes, pénétrant, en avant, dans l'aponévrose que nous avons dite, en arrière en haut dans la face profonde du triceps, plus bas, dans la gaine aponévrotique du tendon d'Achille et à la face profonde du derme.

Le contenu était du pus fluide tenant en suspension des débris de fongosité plus ou moins caséifiés, des grumeaux jaunâtres, des flocons blanchâtres.

« Nous savons que ce pus diffère au point de vue chimique comme au point de vue clinique du pus phlegmoneux ordinaire. Il contient moins d'éléments solides, moins de leucocytes surtout, mais par contre une proportion plus forte d'albumine et de mucine.

Nous empruntons à Lannelongue la description histologique de ces lésions. Qu'on nous permette de le citer :

« Si nous examinons au microscope une coupe de la paroi, nous y trouvons comme lésion fondamentale, le follicule tuberculeux, tantôt réduit à un simple amas de cellules embryonnaires autour d'un vaisseau, tantôt constitué dans sa forme la plus typique par la disposition concentrique de trois ordres d'éléments : au centre, la cellule géante à prolongements nombreux, à noyaux multiples, considérée à tort autrefois comme l'élément spécifique du tubercule ; autour d'elle, les cellules épithélioïdes à protoplasma granuleux ; à la périphérie, enfin, les cellules lymphatiques plus ou moins abondantes. Les bacilles sont en petit nombre au milieu de ces éléments. Les cellules géantes, elles-mêmes, n'en contiennent pas toujours : il faut souvent examiner un grand nombre de préparations avant d'en découvrir un seul.

Dans ces cas, la nature tuberculeuse de ces lésions et la présence du parasite sont toujours attestées par les résultats positifs des inoculations.

Les tubercules sont disséminés dans une masse d'éléments embryonnaires qui composent exclusivement toute la paroi, interrompus seulement çà et là par quelques foyers hémorrhagiques de gros capillaires à parois embryonnaires et par des amas caséeux. Les tubercules les plus récents occupent la périphérie du côté des tissus ; les plus anciens, altérés et en voie de destruction sont répartis vers la surface

interne. Beaucoup, parmi ces derniers, sont ouverts dans la cavité de l'abcès, et se présentent avec une régularité qui peut les faire comparer à des tubes glandulaires juxtaposés. Bref, à la périphérie, prolifération très active jointe à une organisation plus ou moins avancée qui n'a de temps d'arrêt que dans les résistances locales provenant d'obstacles tirés de la texture même des tissus ; au centre, travail incessant de désintégration et de destruction d'où résulte l'augmentation de volume du contenu.

Cette vue d'ensemble et cette comparaison des limites interne et externe de la paroi nous font saisir sur le fait l'évolution de ces abcès(1). »

Lannelongue fait bien ressortir le rôle actif de la surface externe de la membrane pyogénique. Le caractère vivant et envahissant de cette portion de la tumeur explique la marche et l'évolution de cette affection. Nous y trouvons aussi la raison des récidives que nous avons observées. Deux fois notre intervention fut insuffisante et laissa des débris de cette membrane pyogénique.

La récidive se produisit et il fallut une seconde intervention plus radicale pour obtenir la guérison définitive.

Dans cette seconde intervention, il fallut ouvrir largement le diverticule supérieur placé sous la masse du triceps sural. Nous insistons sur ce fait de l'irrégularité de l'abcès tuberculeux très important au point de vue du traitement.

(1) LANNELONGUE. — *Abcès froids et tuberculose osseuse*. Paris 1881.

SYMPTOMATOLOGIE

Les gommes profondes du mollet débutent d'une façon tout à fait insidieuse. Les malades ne s'aperçoivent pas de leur développement : ils n'accusent aucune douleur, aucune gêne fonctionnelle. Tous les observateurs insistent sur ce mode de développement commun à tous les abcès froids tuberculeux. Aucune réaction locale ni générale n'indiquant la présence de ces gommes, c'est en examinant le sujet des pieds à la tête que l'on s'apercevra de leur présence. Cet examen est provoqué le plus souvent par une autre affection ou encore par l'examen d'un autre foyer tuberculeux. Lannelongue recommande de mettre pour cet examen le sujet absolument nu. Il indique le procédé à employer pour découvrir ces gommes profondes. Il faut passer la main sur la région en appuyant légèrement avec la face palmaire des doigts réunis. Les tissus sains donnent une sensation d'élasticité uniforme, difficile à définir, mais qu'on perçoit fort bien. L'existence de la gomme profonde est révélée par la perception au milieu de cette élasticité uniforme d'une sensation de résistance plus grande à un point, dans la profondeur des tissus. On repasse plusieurs fois la main pour bien s'assurer de l'exis-

tence de cette consistance plus grande, de l'empâtement des tissus en ce point.

Il est rare que l'on surprenne l'existence des gommès à une époque aussi précoce; l'attention n'étant attirée par aucun phénomène douloureux ni fonctionnel. La période de crudité échappe donc en général à l'observateur.

Cependant la tumeur s'accroît et poursuit son évolution anatomique.

Cette évolution est lente. Elle met, à se faire, six semaines à deux mois pendant lesquels les symptômes subjectifs se réduisent à un peu de gêne des mouvements de flexion du pied sur la jambe. Au bout de ce temps, le ramollissement de la gomme est plus ou moins complet. A ce moment voici ce qu'on observe.

Les phénomènes subjectifs sont encore peu marqués. Les petits malades n'accusent qu'une faible douleur spontanée, augmentée par la palpation et la pression au niveau du mollet.

Les mouvements des muscles de cette région semblent gênés plutôt par la présence d'une tuméfaction au milieu d'eux que par la douleur provoquée : c'est une gêne en grande partie mécanique. Aussi sont-ils dans un état de relâchement moyen. Le pied se trouve dans une position qui permet cet état : il ne se fléchit plus complètement sur la jambe et forme toujours avec elle un angle obtus. La station en devient défectueuse. Les petits malades s'appuient sur leur membre sain et se tiennent toujours dans la

position hanchée. La marche reste possible et les petits malades ne se font pas prier pour l'exécuter. Ils boitent et leur claudication est assez prononcée. Le pied du côté sain seul se pose à plat sur le sol. L'autre a l'attitude plus ou moins prononcée d'un P. B. équin : le malade appuyant sur le talon antérieur, mais moins solidement que s'il avait un P. B. équin constitué. En effet, l'appui solide provoque les mouvements d'extension des muscles du mollet, en particulier du triceps sural : cette extension est accompagnée d'une douleur sensible.

Si l'on promène les doigts, comme nous l'avons dit plus haut, à plat sur le mollet, on perçoit une sensation d'empâtement général de la région. En saisissant le mollet d'une main au niveau de la saillie des jumeaux, en appuyant l'autre main dix centimètres plus bas, on peut parfois percevoir la fluctuation en renvoyant d'une main à l'autre la collection profonde. Ce signe n'existe pas dans tous les cas. Souvent, il est vrai, on trouve des signes plus nets de collection. La collection qui était localisée d'abord sous la masse du triceps sural, fuse le long du tendon d'Achille où elle devient plus superficielle. On trouve alors en dedans ou en dehors de ce tendon d'Achille et même des deux côtés, une tuméfaction fluctuante et où la fluctuation se manifeste quand on appuie sur le mollet au niveau de la tuméfaction profonde.

Ce symptôme fluctuation est le plus constant et le

plus net de la période de ramollissement des gommes profondes du mollet.

Les téguments n'ont pas changé d'aspect, du moins tant que la collection reste loin de la peau. Lannelongue a noté dans ces cas une élévation thermique de quelques dixièmes de degré à la surface des collections froides.

Notons que la tuméfaction quelquefois semble empiéter sur le tibia à la face interne de la jambe. Mais en palpant avec soin cet os, on ne trouve ni point douloureux, ni zone de gonflement et d'inflammation.

L'état général des petits malades n'est pas modifié par l'évolution de ce foyer. Ils sont porteurs d'autres foyers tuberculeux, en général bénins, qui ne les condamnent pas au lit. Celui-ci ne les y condamne que par la nécessité d'immobiliser leur jambe. Quand ils n'avaient pas de fièvre l'évolution de ce nouveau foyer ne leur en donne pas.

Quelle est l'évolution des gommes du mollet arrivées à ce stade ? Dans la plupart des cas, la collection descend le long du tendon d'Achille et vient se faire jour sous la peau. Elle apparait soit en dedans, soit en dehors, soit des deux côtés à la fois de ce tendon. L'abcès froid, le tuberculome finit par gagner la peau qui devient rouge, bleuâtre. Elle s'amincit et finit par s'ulcérer.

Le contenu de l'abcès, liquide séreux plus ou moins chargé de grumeaux, se vide par cette ouverture. Mais la collection se vide mal. Ainsi s'établit une fistule.

L'orifice de cette fistule a l'aspect des ulcérations tuberculeuses. Il est irrégulier, déchiqueté, la peau est amincie, bleuâtre. Le fond est gris-jaunâtre. Le liquide qui s'écoule est peu abondant, sereux d'abord et contenant des grumeaux caséeux. Plus tard il devient plus épais, mieux lié ; des infections secondaires se sont faites par cette porte ouverte.

L'exploration au moyen d'un stylet conduit sous la masse des jumeaux et du soléaire en plein tissu cellulaire. On ne rencontre pas de point osseux. Cette exploration ne doit pas être répétée ; elle offre, quoique moins dangereuse que dans les cas où l'on soupçonne un foyer osseux comme origine d'une fistule, un certain danger d'infection.

La durée de la fistule constituée est indéterminée.

Il n'est pas impossible qu'elle se ferme définitivement après guérison du foyer. Mais cela est exceptionnel. Il arrive parfois qu'elle se ferme ; il se forme une cicatrice déprimée rougeâtre ; puis, au bout de quelques semaines, on la voit se rouvrir.

La collection s'est refermée derrière elle et se vide de nouveau. De nouveau elle peut se refermer, puis se rouvrir. Cela peut durer un temps illimité.

Parfois aussi il survient des infections secondaires assez graves pour déterminer un phlegmon aigu qui s'accompagne de tous les phénomènes ordinaires à ces sortes d'affections.

Nous n'avons pas observé la forme intermittente décrite par Lannelongue.

Livrée à elle-même, l'affection peut guérir. L'observation VII en est la preuve. Le trajet fistuleux peut se fermer et une cicatrice définitive se formera ; nous y reviendrons.

Nous avons décrit l'évolution spontanée de l'affection. Quand le malade est au pouvoir du chirurgien, celui-ci souvent est intervenu, a incisé, fait un grattage à la curette. Quand son intervention n'a pas été complète, qu'il a laissé des lambeaux de membrane pyogénique, qu'il a permis la cicatrisation de la plaie opératoire de la surface à la profondeur, le foyer se reproduit et il faut une seconde intervention. C'est là un fait que nous notons dans plusieurs observations.

Que l'affection ait été laissée à elle-même, ou traitée par le chirurgien, la guérison en est la terminaison habituelle.

Il n'est guère possible de déterminer exactement la durée de l'affection. On peut dire toutefois que l'évolution de ces foyers tuberculeux est extrêmement lente. Il faut compter plusieurs mois, un an et même davantage avant la guérison définitive. Ces limites sont extrêmement variables suivant les cas. Ils varient également suivant que l'évolution a été livrée à elle-même ou suivant que le chirurgien est intervenu.

Dans tous les cas, la terminaison est la cicatrisation.

Nous voulons appeler l'attention sur ces cicatrices.

Leur aspect et leurs conséquences sont dignes d'attention. Leurs caractères offrent, de plus, une certaine constance : plusieurs de nos observations sont comparables à cet égard.

Le siège de ces cicatrices est le même chez plusieurs de nos malades. Elles sont situées le long du tendon d'Achille, un peu en avant de lui, au-dessus de la malléole interne ou externe, souvent des deux côtés.

Ces cicatrices sont linéaires, parallèles à la direction du tendon d'Achille. Leur longueur est variable : un ou deux centimètres quand elles succèdent à l'ouverture spontanée de l'abcès, dix centimètres quand elles sont la suite d'une incision. Dans un cas, nous voyons les cicatrices placées en dedans et en dehors du tendon d'Achille se rejoindre dans la profondeur, en avant de ce tendon et l'entourer d'une bague fibreuse. A la suite des interventions, on obtient souvent une cicatrice en H. Les deux incisions latérales et verticales ont été rejointes par une incision horizontale, en arrière du tendon d'Achille.

Un des malades du ^r Pozzi présente cette cicatrice, semblable à celle du malade qui fait l'objet de l'observation I.

L'aspect de ces cicatrices est variable suivant leur âge. Récentes, elles sont déprimées, rose plus ou moins foncé, recouvertes de croûtes. Au bout de deux ou trois mois, elles sont lisses, blanchâtres, plus ou moins déprimées. Un caractère qu'on leur

retrouve dans toutes nos observations, c'est leur adhérence aux tissus sous-jacents. Cette adhérence est plus ou moins profonde. Elle ne va pas au-delà de l'aponévrose de recouvrement des muscles dans quelques cas. Le plus souvent elle intéresse plus profondément les tissus de la région.

La masse du triceps sural est le plus souvent adhérente par sa face postérieure et par sa face antérieure. On s'en rend compte en faisant faire des mouvements d'extension et de flexion du pied : les mouvements de la masse musculaire sont exactement suivis par les mouvements de la cicatrice cutanée.

Il arrive ainsi que la cicatrice adhère de chaque côté à la face latérale du tendon d'Achille. Dans ces cas, nous la voyons même comprendre toute la circonférence de ce tendon. Dans ce cas, elle la bride fortement et suit rigoureusement tous ses mouvements.

Dans les cas où la cicatrice adhère le plus profondément, nous croyons que cette adhérence va jusqu'à l'aponévrose de revêtement des muscles de la couche profonde de la jambe.

Les conséquences de ces adhérences sont importantes.

La masse musculaire du triceps sural est déformée par le tissu fibreux de la cicatrice, le tendon d'Achille plus ou moins englobé dans ce tissu fibreux. Il s'ensuit une rétraction, un raccourcissement de ce tendon ou plutôt de l'organe entier. Le tissu musculaire y a autant de part que le tendon. Le mouve-

ment normal de flexion du pied devient impossible. Il arrive même que le pied ne quitte plus la position en extension complète. Il est en équin direct. Cet équinisme dépasse toujours le premier degré : le talon ne touche pas le sol. Le pied est immobilisé dans l'extension à angle obtus et même extension au maximum sur la jambe. La marche se fait sur le talon antérieur, c'est-à-dire sur le coussinet adipeux qui revêt, au niveau de la face plantaire, les articulations métatarso-phalangiennes des orteils.

La marche devient difficile, mais non impossible, la claudication plus ou moins prononcée. La station se fait dans la position hanchée. Ce détail a de l'importance : il s'ensuit une scoliose qui a des tendances à s'accroître d'autant plus que nos malades sont des fillettes de 8 à 15 ans.

Quel sera l'avenir de ce P. B. équin accidentel ? Dans une de nos observations, il existait depuis près d'un an. La malade marchait : il avait persisté au même degré. On peut dire qu'il n'aurait de tendance qu'à s'accroître. Les surfaces articulaires, surtout celles de l'astragale et du calcanéum, se déforment. L'équinisme devient irréductible au bout d'un certain temps. De plus, on sait que le P. B. équin direct se complique assez vite : il devient un P. creux *équin varus*.

PRONOSTIC

Le *pronostic* de cette localisation des gommes tuberculeuses profondes est donc assez grave.

Non pas au point de vue de l'état général du malade ; cette affection fait partie des manifestations bénignes scrofulo-tuberculeuses. Elle n'est qu'un foyer ajouté à des foyers déjà multiples et qui par lui-même n'offre pas une grande gravité.

La marche des autres manifestations tuberculeuses n'en paraît pas non plus modifiée.

Il en est autrement du résultat de la guérison par cicatrisation. Dans un grand nombre de cas, le résultat n'entraîne pas de déformation : la cicatrice est régulière, quoique inesthétique. Dans d'autres cas, on peut la qualifier de vicieuse. Le P. B. équin qu'elle entraîne à sa suite est une difformité acquise très gênante.

Il faut être prévenu de cette terminaison possible et même fréquente de ces cicatrices afin de faire le nécessaire pour s'y opposer par un traitement préventif approprié.

Ce P. B. équin est inesthétique, c'est là son moindre inconvénient quoiqu'il soit à considérer surtout chez

une fillette. Mais de plus il entraîne une gêne importante de la station et de la marche. La claudication est très marquée. Nous avons dit comment il influe sur la station et la scoliose qui en résulte presque fatalement.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des gommes tuberculeuses profondes du mollet se fait rarement au début. L'attention n'est pas attirée de ce côté. Les petits malades ne souffrent pas : la gêne fonctionnelle, s'ils en éprouvent, ne va pas jusqu'à les empêcher de se livrer à leurs jeux habituels. Ce n'est qu'en procédant à l'examen général de l'enfant, nécessité par une autre affection plus manifeste, que l'on surprend le début de la gomme, sa période de crudité.

Lannelongue répète qu'il faut déshabiller entièrement le petit malade et indique le procédé à employer pour percevoir les gommes profondes. Il faut, nous l'avons dit, faire glisser la main ouverte, les doigts réunis en appuyant légèrement le long des membres : on exécute ainsi une sorte de palpation profonde. Les gommes à leur période de crudité donnent une sensation de résistance spéciale différente de la fermeté élastique des tissus sains. On acquiert assez vite la perception de ces sensations : il est facile de les interpréter.

Il est moins rare d'être appelé à faire un diagnostic à la période de ramollissement ; au début de l'abcès,

une gêne fonctionnelle considérable, une légère douleur, une tuméfaction appréciable de toute la région ont déjà attiré l'attention de ce côté.

La palpation profonde, pratiquée comme nous l'avons dit, permettra de sentir, au milieu de l'empatement général de la région, un point fluctuant. La tumeur se ramollit du centre à la périphérie. Au bout de deux à trois semaines, l'abcès froid est constitué.

A ce moment, le diagnostic de la collection se fait facilement par les signes ordinaires de ces tuméfactions.

Le point d'origine de la collection n'est pas toujours là où l'on perçoit la fluctuation. Dans un grand nombre de cas, la collection apparaît de chaque côté du tendon d'Achille, une extrémité inférieure arrivant presque au niveau des malléoles. Cependant l'induration primitive siégeait beaucoup plus haut, sous la masse du triceps sural. Dans ce cas, le « tuberculome » a progressé du haut en bas. D'autres fois, il suit la marche inverse : l'obs. XIII en est un exemple.

Les affections qui évoluent dans le mollet chez l'enfant ne sont pas nombreuses qui puissent prêter à l'erreur.

En présence de l'empatement du mollet sans qu'il y ait encore de fluctuation, on peut songer à une gomme syphilitique de cette région. La gomme syphilitique évolue volontiers à la jambe, dans l'épaisseur des tissus comme la gomme scrofuleuse. Sa forme n'est pas absolument la même : elle est plus

arrondie, affecte l'aspect et le volume d'une noix ou d'une petite mandarine. La gomme tuberculeuse, au contraire, est irrégulière, allongée, pousse des prolongements dans tous les sens.

Il y a des cas où l'hésitation est permise : ils sont rares. En général, ces lésions ne sont pas isolées, aussi bien chez le syphilitique que chez le scrofulo-tuberculeux. L'ensemble du tableau clinique offert par le malade lèvera le plus souvent les doutes. C'est ainsi que chez la malade de l'Obs. III, on avait hésité entre la nature tuberculeuse ou syphilitique des lésions du mollet ; l'apparition d'un mal de Pott est venue confirmer le diagnostic de tuberculose.

La myosite tuberculeuse primitive offre au point de vue de son évolution et de sa symptomatologie de grandes analogies avec l'affection que nous étudions. Son début est insidieux, son évolution lente et sans réactions locales, ses signes objectifs assez ressemblants. Nous trouvons dans la thèse de Plantard (Paris 1900-1901) et dans celle de Hémery (Paris 1896-97) des observations de M. le Pr Le Dentu où les signes objectifs autant que subjectifs diffèrent peu. Toutefois, dans le cas de myosite tuberculeuse, on peut en faisant contracter le muscle constater que la tumeur fait absolument corps avec lui, que même, dans certains cas, la contraction du muscle le fait changer de forme, d'allongée, elle devient arrondie. Il n'y a d'ailleurs pas de grandes différences entre la gomme tuberculeuse profonde que nous étudions et la myosite tuberculeuse primitive. Plantard dit qu'il

n'y a pas de tuberculose du muscle à proprement parler, mais de la tuberculose dans le muscle. C'est dans le tissu conjonctif interstitiel que se développe le tubercule dans les observations qu'il cite ; dans les nôtres, c'est dans le tissu conjonctif intermusculaire. Quand la collection est formée, il faut rechercher avec soin si elle n'a pas d'autre origine que le tissu cellulaire. Ce n'est que par l'examen minutieux du squelette de la jambe que l'on arrive à déterminer ce point du diagnostic. On recherche la lésion osseuse comme origine possible de la collection, en suivant le tibia et le péroné d'une extrémité à l'autre pour bien s'assurer qu'ils ne présentent aucun point d'ostéite.

Le même examen s'impose pour l'articulation du genou et même l'extrémité inférieure du fémur. Les collections nées de lésions de cette articulation et de la face postérieure du fémur viennent souvent se montrer au niveau de la jambe, au niveau du mollet principalement.

Quant aux collections qui siègent de chaque côté du tendon d'Achille, elles peuvent avoir leur origine plus bas soit au niveau du cou-de-pied, soit même au niveau du calcaneum.

L'arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne a une symptomatologie assez nette. Outre la gêne fonctionnelle considérable, la douleur provoquée par les mouvements, il existe des signes objectifs assez constants. Les fongosités viennent ordinairement faire saillie en avant, en arrière et de chaque côté, constituant un quadruple bourrelet caractéristique.

On pourra souvent, en imprimant des mouvements à l'articulation percevoir un frottement spécial dû au dépoli ou à la destruction des cartilages articulaires.

L'ostéite du calcaneum se manifeste par un gonflement général de l'os entier, facile à constater par la comparaison des deux calcaneum ; le diagnostic se complète et se confirme par la découverte d'un point douloureux, origine de la collection.

L'on observe rarement chez les enfants la synovite des tendons des péroniers et des fléchisseurs des orteils. Dans ce cas, il existe de chaque côté du tendon d'Achille une tuméfaction allongée parallèle à sa direction. Cette tuméfaction contourne les malléoles et descend jusque sur les côtés du pied. On ne peut confondre cette synovite avec la tuméfaction causée par les gommes ; sa consistance partout uniforme, sa forme régulière et répondant à la situation connue des tendons font le diagnostic.

En présence d'un trajet fistuleux de la région du mollet, comment reconnaître que le point de départ est une gomme profonde et non une autre lésion, en particulier un point d'ostéite soit du tibia, soit, fait plus rare, du péroné ? L'exploration au moyen d'un stylet ou de la sonde cannelée est souvent nécessaire ; quand la fistule est d'origine osseuse, l'extrémité de l'instrument explorateur rencontre un point osseux dénudé.

Si, au contraire, la fistule a pour origine une gomme profonde, le stylet conduit dans la couche de tissu cellulaire intermédiaire aux deux plans musculaires.

Cette exploration doit être faite avec soin et attention. Le trajet fistuleux est parfois fort long : on le voit remonter jusqu'au creux poplité.

Nous ne parlons pas des tumeurs solides de la région du mollet rares chez les enfants.

Seul, le sarcome se rencontre assez fréquemment : il est douloureux, grossit très vite et amène rapidement une gêne fonctionnelle considérable. On ne le confond guère avec une gomme tuberculeuse.

Certains lipomes pourraient, n'était leur évolution, prêter à l'erreur.

Nous ne citons que pour mémoire le kyste hydatique, certaines manifestations de la morve et de l'actino-mycose dont le diagnostic est extrêmement difficile, parfois même impossible.

TRAITEMENT

Le traitement des gommés tuberculeuses du mollet dérive de ce que nous savons de leur anatomie pathologique. Nous connaissons le rôle envahissant de la couche périphérique du tuberculome, véritable tumeur vivante. Pendant sa période virulente, c'est à elle qu'il faudra s'adresser.

Le procédé à employer varie suivant les cas ; c'est au clinicien d'apprécier en présence de chaque cas particulier les moyens qu'il devra employer pour détruire les nodules tuberculeux et favoriser la réparation sans complications consécutives.

On est rarement appelé à instituer un traitement dès le début de la gomme. Le plus souvent, elle commence à se ramollir au centre. On emploie dans ce cas la méthode des injections modificatrices. Le thymol camphré doit être préféré au naphthol camphré qui est plus toxique. Au moyen d'une seringue de Lüer, on injecte un, deux ou trois centimètres cubes de ce liquide au centre de la tuméfaction. Au bout de dix à quinze jours, on refait la même opération. La tuméfaction se ramollit, devient

fluctuante au bout d'un mois environ. A ce moment, on la ponctionne au moyen d'un trocart.

Pour évacuer plus facilement les grumeaux et les débris de fongosités, on injecte par le trocart trois ou quatre centimètres cubes d'éther iodoformé. L'emploi de l'éther iodoformé offre un double avantage : sous l'influence de la température des tissus, l'éther arrive dans la poche à une pression considérable qui chasse avec force les grumeaux et les débris fongueux ; de plus, il laisse sur les parois de la poche une petite quantité d'iodoforme qui agit par son action antiseptique.

Cette petite opération doit être répétée quand l'abcès est reformé, lorsqu'on constate un degré de tension marquée.

Il est impossible de déterminer la durée d'un pareil traitement.

Il faut évaluer à plusieurs mois le temps au bout duquel le liquide ne se reproduira plus dans la poche. Les parois de cette poche, épaissies, dures, commenceront alors à se rapprocher et à se cicatriser.

Quand on se trouve en présence d'une fistule déjà constituée, on peut quelquefois employer des moyens analogues : injections modificatrices, expression profonde et énergique pour expulser tous les débris fongueux. La guérison peut se produire ainsi au bout de longs mois.

Souvent dans le cas d'abcès fermé, comme dans le cas d'abcès fistuleux, il vaudra mieux avoir recours d'emblée aux moyens véritablement chirurgicaux.

Etant donné le rôle actif de la membrane pyogénique, partie vivante du *tuberculome*, Lannelongue s'était proposé de l'enlever comme une tumeur en la disséquant au milieu des tissus voisins. Pour faciliter cette dissection, il avait même, à cette époque, préconisé l'injection de la poche à la paraffine qui en faisait un bloc comparable à une tumeur solide. Ce procédé n'a guère été employé.

Dans la plupart des cas et en particulier dans la région du mollet, cette dissection n'est pas possible. La gomme surtout ramollie pousse des prolongements dans tous les sens et contracte des adhérences très intimes avec la masse du triceps sural en arrière, l'aponévrose jambière profonde en avant. On est donc obligé d'aborder la membrane pyogénique par sa face profonde.

Par une large incision, on débride la poche de l'abcès et on en évacue le pus et les débris qu'il tient en suspension. On se trouve en présence de la membrane pyogénique et des fongosités qui y adhèrent. Au moyen de la curette employée énergiquement, on déterge cette membrane, on la détruit jusqu'au tissu sain.

Il faut avoir soin de poursuivre l'abcès tuberculeux jusqu'en ses moindres prolongements. Il ne faut pas craindre de faire de grands délabrements, et d'ouvrir largement tous les culs-de-sac. Le cul-de-sac supérieur surtout qui s'étale sous les jumeaux et le soléaire ne doivent être laissés fermés. Dans une de nos observations, ce prolongement communiquait

avec la plaie opératoire inférieure par un orifice que l'on se contenta d'agrandir. On fut obligé, quelques semaines plus tard, de faire une seconde intervention au cours de laquelle on ouvrit largement ce cul-de-sac qu'on curetta à fond.

La plaie opératoire est laissée largement ouverte. Il ne faut pas tenter la réunion par première intention, inutile et même souvent nuisible. Ces plaies ont une grande tendance à la réparation.

On panse à la gaze iodoformée. En faisant les pansements consécutifs, il faut prendre garde de laisser se fermer trop tôt la plaie opératoire, et disposer les mèches de gaze iodoformée de façon à ce que la plaie se répare de la profondeur à la surface.

Dans les cas où le foyer tuberculeux est étendu, irrégulier, et que l'on craigne de voir survenir une rétraction cicatricielle du corps du triceps sural ou du tendon d'Achille, il faut prendre les moyens propres à prévenir cette rétraction et l'équinisme consécutif. Un appareil plâtré est ce qui convient le mieux pour obtenir ce résultat. On emploiera une attelle postérieure prenant tout le pied et la face postérieure de la jambe, le pied étant à angle droit sur la jambe. Au bout de quinze jours à trois semaines, l'attelle sera enlevée et quelques mouvements de flexion et d'extension imprimés au pied.

En présence d'un équinisme marqué déjà constitué, on appliquera les procédés des traitements usités en pareil cas. Le massage de la région, les mouvements communiqués au pied pratiqués tous les jours pen-

dant de longs mois suffisent quelquefois. On a préconisé aussi la flexion continue par des lacs de caoutchouc. La section des brides cicatricielles, la ténotomie du tendon d'Achille peut être parfois nécessaire. Dans ce dernier cas, il est nécessaire de maintenir le pied à angle droit sur la jambe au moyen d'un appareil plâtré appliqué pendant une quinzaine de jours.

Nous n'insistons pas sur le traitement général qu'il faut appliquer aux malades porteurs de cette localisation scrofulo-tuberculeuse. « La thérapeutique générale des accidents « *strumieux* » constitue, dit Brissaud, un problème d'hygiène banale, dont la réalisation, vu l'inégalité inévitable des conditions sociales, est malheureusement impossible pour le plus grand nombre de ceux qui sont victimes de la scrofule ».

La vie au grand air, dans un climat tempéré, à l'abri des brusques changements de température, une alimentation substantielle sont les points essentiels du régime qui convient aux scrofuleux. Les frictions sèches, les bains et surtout les bains de mer sont des moyens de stimuler la nutrition qu'il faut employer quand cela est possible. Le séjour au bord de la mer produit le meilleur effet sur l'état général des scrofuleux. A Berck-sur-Mer, on est frappé de la transformation qui s'opère en quelques mois chez nos petits malades.

Ajoutons d'ailleurs qu'un grand nombre de points sur les côtes de la Manche et de l'Océan réalisent les mêmes conditions climatiques : que d'autre part, à

défaut de l'air marin, l'aération à la campagne produit des effets analogues.

La difficulté de réaliser les conditions d'hygiène nécessaires aux scrofuleux n'est pas aussi grande que le dit Brissaud et nous croyons que dans la plupart des cas, surtout en dehors des grandes villes, le praticien doué d'une volonté persévérante et tenace arrivera à la vaincre, quelle que soit la condition sociale de ses petits malades.

OBSERVATION I

(inédite, personnelle)

Tuberculose à foyers multiples. Gommès cutanées de la jambe gauche. Gomme cutanée du pli du coude droit. Gomme cutanée du poignet gauche. Gomme de l'extrémité du nez. Abscès froid de la face postérieure de la cuisse gauche. Spina ventosa du pouce droit. Gommès profondes du mollet droit.

P... Lucie, fille de 11 ans, entre à l'Hôpital maritime le 13 février 1903.

Elle présente à ce moment des gommès scrofuleuses multiples. Il en existe trois à la jambe gauche, une au pli du coude droit, une au poignet gauche, une à l'extrémité du nez. Un vaste abcès froid de la face postérieure de la cuisse gauche, dont il ne reste actuellement qu'une petite fistule en voie de cicatrisation, semble avoir été le résultat de l'évolution d'une gomme de cette région. Cette enfant est en outre atteinte d'un spina ventosa de la première phalange du pouce droit.

Au mollet droit il existe une tuméfaction étendue d'un point situé entre la malléole interne et le tendon d'Achille jusqu'à un point situé sur la face interne du mollet, près de la face postérieure, à 5 centimètres environ au-dessous du pli de flexion du creux poplité.

Cette tuméfaction de forme irrégulière file en bas vers la face profonde du tendon d'Achille vient au contraire tendre les téguments à sa partie supérieure. Sa consistance est variable suivant les points où on la considère : rénitente ici, nette-

ment fluctuante en certains points où il existe une collection immédiatement sous la peau amincie.

Un premier curettage est fait au mois de juin 1903. On incise la peau aux deux points qui présentent de la fluctuation, en dedans et en dehors du tendon d'Achille. Il s'écoule un liquide jaunâtre ressemblant au pus franchement phlegmoneux, tenant toutefois en suspension des grumeaux de matière caséeuse. La poche de l'abcès est irrégulière, anfractueuse. On voit sur la paroi des fongosités : quelques-unes caséifiées se détachent par grumeaux avec la plus grande facilité ; d'autres adhèrent solidement et il faut faire agir fortement la curette tranchante pour les enlever. La paroi de la poche grisâtre, semée d'un piqueté rouge, adhère fortement, en avant à l'aponévrose profonde, en arrière au tendon d'Achille à sa naissance ; pour l'enlever il faut une action énergique de la curette. On constate alors que la face externe, de la membrane grisâtre qui limite l'abcès est rattachée aux tissus voisins par une foule de petits prolongements contenant des vaisseaux dont la coupe saigne assez abondamment.

La cavité de cet abcès ouverte d'un bout à l'autre communique avec une autre poche située sur la masse des jumeaux et du soléaire, par un petit orifice laissant passer la sonde cannelée. Cet orifice est agrandi de façon à permettre l'introduction de la curette de taille moyenne.

On y opère un curettage qui ramène des fongosités, des lambeaux grisâtres de la paroi de l'abcès.

Une mèche de gaze iodoformée est introduite par cet orifice dans la poche située sous les jumeaux.

La poche inférieure est laissée largement ouverte et pansée à la gaze iodoformée.

Au bout d'un mois, les bords de la large plaie opératoire inférieure se sont rétractés. Mais la collection supérieure s'est reformée : un orifice de communication avec la plaie inférieure s'est fermé.

Elle est cette fois incisée largement, curetée, laissée ouverte et pansée à la gaze iodoformée.

La guérison est cette fois définitive.

Aux premiers jours de novembre 1903, il persiste une petite fistule à chaque extrémité de la cicatrice en évolution de la plaie opératoire.

Le pied est en équinisme direct. L'enfant n'a pas encore marché. Les mouvements spontanés d'extension et de flexion du pied sont impossibles.

Les mêmes mouvements communiqués sont extrêmement limités.

Le 20 février 1904, la jambe droite présente l'aspect suivant :

Il existe plusieurs cicatrices opératoires. L'une va du tiers supérieur du mollet à un point placé un peu en arrière de la malléole interne, à quatre travers de doigt au-dessus de la pointe du calcanéum : elle longe le bord interne du jumeau interne et du tendon d'Achille au-devant duquel elle se termine.

Du milieu de cette cicatrice longue de 20 centimètres environ, en part une autre longue de 4 centimètres, se dirigeant en arrière et en dehors, passant par-dessus le tendon d'Achille à son origine et dessinant une forte dépression.

Sur la face externe du mollet, autre cicatrice longue de 10 centimètres, oblique d'arrière en avant, distante du bord externe du tibia de 2 travers de doigt.

Chacune de ces cicatrices forme une dépression qui s'accuse lorsque le pied se fléchit sur la jambe. Elles suivent les mouvements de va-et-vient des muscles sous-jacents (jumeaux pour la cicatrice interne, muscles extenseurs pour l'externe) auxquels elles adhèrent.

Le pied dans la position de repos est en extension complète sur la jambe. La flexion spontanée que peut produire le malade ne dépasse pas 30°.

La position du pied reste distante de plus de 45° de celle du

pied normalement fléchi (L'étendue totale de ce mouvement est d'après Poirier de 75° environ).

Les mouvements provoqués même avec force, n'augmentent que très peu cette flexion. La gêne fonctionnelle apportée par cet équinisme est appréciable : il en résulte une claudication assez prononcée.

Pendant la marche (comme pendant la station qui ne peut être que la station hanchée), le talon reste éloigné du sol. Le pied n'appuie que sur le « talon antérieur » ainsi qu'on a appelé le coussinet adipeux qui tapisse en dessous les articulations métatarso-phalangiennes.

Juin 1904. — L'enfant quitte l'hôpital. L'équinisme a diminué et ne gêne beaucoup ni la station ni la marche.

OBSERVATION II

(inédite, personnelle)

Tuberculose à foyers multiples. Adénites cervicales. Ostéites de l'olécrâne gauche et de l'os malaire droit. Gomme ulcérée de la région sternale. Gommès de la région inguinale droite. Absès froid de la cuisse droite. Gommès du mollet droit.

P... Robert, garçon âgé de 7 ans, entre à l'Hôpital maritime le 12 juillet 1903.

Cet enfant présente de nombreux foyers tuberculeux. Une chaîne de ganglions cervicaux suppure par deux ulcérations de la peau.

Deux ulcérations fistulisées conduisent sur une surface dénudée de l'olécrâne gauche d'une part, de l'os malaire droit d'autre part. Il existe sur la région sternale une ulcération tuberculeuse, résultat de l'évolution d'une gomme cutanée de cette région. On observe au niveau du triangle de Scarpa des cicatrices gaufrées résultant d'ulcérations gommeuses.

Au niveau de la face interne de la cuisse droite, il existe

une longue cicatrice, trace d'incision d'un abcès froid. Depuis l'évolution de cet abcès (un an environ) la jambe est fléchie sur la cuisse, faisant un angle de 45° environ avec le prolongement du fémur. Il est impossible de redresser cette flexion qui semble liée à la cicatrisation de l'abcès froid, qui aurait amené un raccourcissement des fléchissures de la jambe.

Au mollet droit, on observe deux cicatrices déprimées, légèrement unies.

L'une est située sur la ligne médiane de la face postérieure de la jambe, entre les deux jumeaux. Cette cicatrice semble adhérer aux tissus profonds dans l'interstice de ces deux muscles.

Plus bas, sur le bord interne du tendon d'Achille, une seconde cicatrice déprimée, adhérente également aux tissus profonds.

Ces deux cicatrices suivent les mouvements communiqués aux muscles sous-jacents.

Le pied est en équinisme. Il forme un angle obtus avec la jambe. Les mouvements spontanés de flexion sont impossibles ; les mouvements provoqués de même. Il est donc difficile de déterminer si cet équinisme est dû à la rétraction des muscles du mollet ou des fléchissures de la jambe sur la cuisse.

OBSERVATION III

(inérite, personnelle)

*Tuberculose à foyers multiples. Arthrite du coude gauche.
Gommes de la jambe gauche. Gommes de la jambe droite.
Mal de Pott dorso-lombaire.*

K... Jeanne, 14 ans.

Cette jeune fille entre à l'Hôpital maritime le 18 juillet 1903. Elle offre plusieurs localisations de tuberculose, une arthrite du coude gauche dont le début remonte à deux ans, actuelle-

ment éteinte, mais ayant laissé une ankylose partielle de cette articulation, avec une limitation des mouvements de flexion et d'extension.

Elle présente en outre de nombreuses cicatrices de gommages ainsi distribuées :

A la jambe gauche, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen du mollet, un bon travers de doigt en arrière du bord interne du tibia, une cicatrice oblongue, longue de 2 centimètres, large de 1 centimètre, pigmentée en brun.

Au membre inférieur droit, il existe de nombreuses cicatrices.

A la cuisse on en observe cinq : deux larges de trois centimètres à la face externe ; trois plus petites, en ligne, suivant le prolongement en haut de l'axe du creux poplité.

Ces cicatrices sont pigmentées, adhérentes aux parties immédiatement sous-jacentes.

A la face antéro-externe de la jambe, au niveau des muscles de l'extension, il existe une gomme ulcérée.

Au tiers inférieur de cette même jambe, il existe un abcès froid occupant en hauteur 8 centimètres environ, allongé entre le tibia et le tendon d'Achille.

La portion correspondante du tibia est légèrement tuméfiée.

La nature de toutes ces lésions a semblé douteuse au point de vue de leur spécificité. On fait prendre à la malade pendant six semaines 3 grammes d'iodure de potassium. La tuméfaction du tibia, la douleur à la pression auraient diminué.

En mars 1904, on constate l'existence d'un mal de Pott dorso-lombaire.

Le 10 juin 1904, nous revoyons la malade. Les fistules de la face postérieure du mollet droit laissent échapper une grande quantité de fongosités lorsqu'on les exprime. Le mal de Pott continue d'évoluer. Un abcès apparu à la région lombaire s'est fistulisé.

L'état général de la malade est mauvais.

OBSERVATION IV

(inérite, personnelle)

Tuberculose à foyers multiples. Adénite sous-maxillaire gauche. Scapulalgie droite. Absès froid de la fesse gauche. Absès froid du bras gauche.

L... Julienne, fille de 9 ans 1/2, entre à l'Hôpital maritime en janvier 1903.

Elle est atteinte d'un mal de Pott dorso-lombaire avec absès par congestion de la fosse iliaque gauche.

Elle présente de plus de nombreuses gommes scrofuleuses. A la face dorsale du poignet droit, une gomme à la période de ramollissement.

Au mollet droit on observe deux cicatrices rondes, déprimées, à fond rose violacé : ce sont les traces de deux ulcérations, suite d'un absès froid volumineux de cette région, guéri depuis trois mois environ. Ces deux cicatrices sont placées à la partie interne du mollet, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la jambe. L'antérieure est à quatre centimètres en arrière du bord interne du tibia. La seconde à deux centimètres en arrière de la première. Elles adhèrent à la couche sous-jacente, mais pas au-delà de l'aponévrose : elles ne suivent pas les mouvements des muscles.

Au mollet gauche, il existe plusieurs cicatrices de chaque côté du tendon d'Achille.

Une première ovale, à 8 centimètres au dessus de la malléole externe, fortement adhérente à la couche profonde.

Une deuxième, linéaire descend, dans le long du bord externe du tendon d'Achille, un peu en avant de lui adhérente aux tissus profonds.

A la face interne, autre cicatrice dans une situation symétrique à la précédente par rapport au tibia et au tendon d'Achille.

Ces deux cicatrices semblent se continuer par du tissu cicatriciel profond et se rejoindre en avant du tendon d'Achille.

A 8 centimètres au-dessus de la pointe du calcanéum, il existe une cicatrice en forme de dépression digitale adhérente à la face postérieure du tendon d'Achille.

Au moment de la flexion du pied sur la jambe, le tendon d'Achille, à partir de cette dernière cicatrice, se tend très fortement sous la peau.

Les adhérences du tendon d'Achille avec les tissus voisins profonds et superficiels gênent le mouvement de flexion du pied, mais sans apporter de troubles fonctionnels considérables.

L'enfant marchait bien après la guérison de ces gommes, quand est survenu le mal de Pott qui a obligé de le coucher dans un petit lit pour réaliser l'extension continue.

OBSERVATION V

(inéдите, personnelle)

Tuberculose à foyers multiples. Adénite sous-maxillaire gauche. Scapulalgie droite. Abscess froid de la fesse gauche. Abscess froid du bras gauche. Gommes du mollet droit.

D. de R..., Geneviève, fille de 12 ans. Cette enfant est entrée à l'Hôpital maritime en avril 1901. Elle a présenté de très nombreuses localisations tuberculeuses.

En janvier 1902, est survenue une ulcération au niveau de la face dorsale du deuxième métacarpien droit. Grattage à la curette, guérison.

En avril 1903, une adénite sous-maxillaire gauche évolue vers la suppuration. Traitement : ponction suivie d'injection d'éther iodoformé, guérison.

En mai 1903, débute une scapulalgie droite. Nous assistons à la formation d'une collection à la face antérieure de l'articula-

tion un peu en dedans de la tête humérale. Le bras est immobilisé au moyen d'une simple écharpe de Mayor; deux ponctions suivies d'injection d'éther iodoformé sont faites à trois semaines d'intervalle; la collection ne se reproduit pas. La douleur et le gonflement de la région disparaissent: au bout de cinq mois, la guérison était parfaite.

Pendant l'évolution de cette scapulalgie, on traite de la même façon, ponction et injection d'éther iodoformé, deux petits abcès froids sous-cutanés: l'un à la fesse gauche, l'autre au niveau du pli du coude gauche.

Au moment où nous l'observons (sept. 1903), cette enfant présente au tiers inférieur de la jambe droite, sur le côté externe, une ulcération consécutive à l'ouverture au bistouri d'un abcès froid de cette région. Cette ulcération est placée près du bord externe du tendon d'Achille, en avant de lui, à 10 cm. environ au-dessus du calcaneum.

En y introduisant un stylet, on constate qu'elle correspond à un trajet fistuleux remontant sous la masse du triceps sural de dix centimètres environ. Le stylet ne rencontre pas de surface osseuse et le trajet fistuleux semble se trouver tout entier entre les deux plans musculaires de la région.

A la face interne de la jambe, en un point symétrique de la première ulcération, ulcération analogue terminaison d'une fistule dont l'exploration conduit au même siège. Cette dernière ulcération est récente.

Le 28 septembre 1903, on procède au curettage de ces deux fistules. On débride largement et, au moyen de la curette, on enlève les fongosités qui encombrent le trajet fistuleux.

On a sous les yeux le trajet exact des fistules et le siège précis de la collection dont elles sont la suite. L'origine de cette collection est bien le tissu cellulaire placé entre les deux couches musculaires de la région de mollet. Laissées ouvertes et pansées à la gaze iodoformée, ces deux plaies opératoires guérissent en trois semaines.

Après la guérison, les deux cicatrices gênent quelque peu

les mouvements de flexion du pied et la marche s'en ressent un peu. Au bout de quinze jours d'exercice, il n'y paraît plus.

OBSERVATION VI

(inédite, personnelle)

Tuberculose à foyers multiples. Ostéite de l'os malaire droit. Arthrite du coude droit. Spina ventosa de plusieurs métacarpiens. Spina ventosa d'un orteil. Gommès du mollet droit.

Robert, garçon âgé de 5 ans, entre à l'Hôpital maritime en mai 1903. Cet enfant présente de multiples localisations tuberculeuses.

Ostéite suppurée de l'os malaire droit. Arthrite du coude droit. Spina ventosa des 2^e et 5^e métacarpiens droits. Spina ventosa des 2^e, 3^e et 5^e métacarpiens gauches. Spina ventosa de la première phalange du gros orteil gauche, du 5^e métatarsien gauche. Gomme cutanée de la face postérieure de la cuisse gauche.

A la partie postérieure et interne du mollet droit existe une ulcération, terminaison d'un trajet fistuleux conduisant dans l'épaisseur des muscles de la région sans qu'on puisse rencontrer de surface osseuse. Cette ulcération est la suite de l'ouverture spontanée d'une collection froide de la région.

La cicatrisation de cette ulcération s'est opérée sous nos yeux et sans laisser de rétraction du tendon d'Achille.

OBSERVATION VII

(Inédite, personnelle)

Tuberculose à foyers multiples. Nombreuses gommès cutanées des deux membres supérieurs. Gommès cutanées du membre inférieur droit. Gommès profondes du mollet gauche.

N... Louise, fille âgée de 12 ans.

Cette enfant, d'une santé générale excellente, présente un grand nombre de manifestations scrofulo-tuberculeuses.

Au membre supérieur droit : au niveau du pli du coude, une petite cicatrice de gomme cutanée. A la face antérieure de l'avant-bras, deux cicatrices semblables.

Membre supérieur gauche : à la face dorsale du poignet, petite cicatrice semblable aux précédentes.

Membre inférieur droit : à la partie supérieure de la fesse, une cicatrice. A la partie moyenne de la face postérieure de la cuisse, deux autres cicatrices dans l'axe du membre. Au niveau du mollet, deux cicatrices semblables.

Membre inférieur gauche. Face externe de la cuisse : deux cicatrices superficielles. Au niveau du mollet, à la face postérieure, une petite cicatrice superficielle.

De chaque côté du tendon d'Achille, il existe une cicatrice linéaire, longues, l'interne de 4 cm., l'externe de 3 cm. environ. Ces cicatrices sont consécutives à l'évolution d'un abcès froid du mollet, guéri il y a environ six mois. D'après le récit fait par la mère de l'enfant, le mollet aurait été le siège d'un abcès froid qui, ouvert spontanément, aurait encore suppuré quelque temps par des fistules. Leur fermeture aurait donné lieu à ces cicatrices.

Depuis cette époque, le pied est dans la position P. B. équin direct. Il forme avec la jambe un angle obtus. Les mouvements de flexion spontanés n'arrivent pas jusqu'à l'angle droit. En déployant une certaine force, on arrive à fléchir le pied jusqu'à l'angle droit, mais on ne le dépasse pas.

Pendant la station le talon reste éloigné du sol. De même pendant la marche : l'enfant appuie sur le *talon antérieur*. Il résulte de ce fait que la station se fait toujours dans la position hanchée et qu'il existe une déviation de la taille assez appréciable.

La claudication est en outre prononcée. Toutefois l'enfant se promène et joue toute la journée.

Pendant un mois, nous avons fait faire par la mère du mas-

sage et des mouvements du pied tendant à redresser cet équinisme : l'amélioration était insensible au bout de ce temps, et l'enfant a quitté Berck.

OBSERVATION VIII

Communication du Pr Pozzi au Congrès de chirurgie de 1885, reproduite in *Gazette médicale de Paris*, 1885, p. 195 et 197.

Résumée

Tuberculose à foyers multiples. Poumon droit. Absès froid costal. Arthrite du coude gauche. Gomme du mollet.

Femme de 38 ans, scrofuleuse avec lésions pulmonaires (expiration prolongée au sommet gauche.)

Cette femme présente : un abcès froid costal, une arthrite tuberculeuse du coude gauche.

Un abcès volumineux à la partie inférieure de la jambe, au niveau du mollet.

Une petite tumeur en arrière de la cuisse gauche.

Une tumeur volumineuse sur le grand trochanter du même côté.

En tout cinq abcès froids, dont deux, celui du grand trochanter et du mollet, très volumineux, plus gros que les deux poings. *Le mollet est transformé en un sac de pus.*

« *Le 15 octobre.* — J'incise largement toutes les collections purulentes, j'enlève les fongosités avec la curette, et je constate que les os ne sont nulle part à nu.

Cautérisation au thermo-cautère, application de chlorure de zinc, pansement de Lister.

La plaie est soigneusement maintenue béante par l'interposition de lanières de gaze iodoformée, de manière que la cicatrisation se forme lentement du fond à la surface.

La cicatrisation marche normalement, sauf en deux points, au niveau de la partie externe du mollet et à la partie infé-

rière de la plaie thoracique où la sonde cannelée constate de nouveaux décollements.

La seconde opération le 6 janvier 1885. Incision du décollement du mollet, grattage, cautérisation.

Guérison rapide. Cicatrice complète.

Celle du mollet a la forme d'un H énorme qui occupe toute la partie postérieure de la jambe.

OBSERVATION IX

(résumée)

Communication de Pozzi au Congrès de Chirurgie, 1885, *loc. citato*.

Abcès froids péri-osseux exceptionnellement multiples et étendus. Guérison.

Femme de 62 ans : scrofuleuse.

Abcès volumineux à la partie supérieure de la cuisse droite.

Autre abcès au mollet droit : un 3^e à la fesse droite. Un 4^e au niveau du cou. Un 5^e à l'avant-bras droit. Un 6^e à l'avant-bras gauche.

Incision, grattage, cautérisation, pansements de Lister. Guérison.

OBSERVATION X

(résumée)

Ed. Duval. — Obs. XX de la *Thèse d'agrégation* de Routier, Paris, 1881, p. 24.

A l'hôpital Saint-Antoine, 1834.

Chez un enfant de 5 ans. P. B. équin droit consécutif à un abcès froid du mollet.

OBSERVATION XI

Bazin. — Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule. Paris
2^e édit. 1861. Observation LXXI. Résumée, p. 617.

Scrofule osseuse

Caries multiples. Absès froids sous-cutanés et profonds indépendants des caries.

H... 17 ans, bijoutier.

Antécédents héréditaires. — Père ni mère rien de particulier.

3 frères exempts de scrofule.

3 sœurs dont deux ont eu des affections scrofuleuses.

Antécédents personnels. — Enfance, ni gourmes ni ophtalmies : rien que tempérament débilité à 15 ans, pleurésie droite qui dure six semaines.

Consécutivement, engorgement ganglionnaire cervical.

Absès à la poitrine, au ventre, à la hanche, au pied.

Etat actuel. — Cicatrices et ouvertures fistuleuses, répandues sur le ventre, les cuisses, les pieds, ayant succédé à des absès froids sous-cutanés et profonds.

Pendant son séjour à l'hôpital, ouverture d'un vaste absès occupant toute la partie postérieure de la jambe ; injections iodées. Cachexie. Mort : autopsie. « L'absès ouvert pendant la vie à la jambe était constitué par un vaste foyer entre la couche superficielle et la couche profonde des muscles des mollets. Le tibia et le péroné sont intacts. »

OBSERVATION XII

(inédite, personnelle, résumée)

T.... Gabriel, 5 ans 1/2.

Cet enfant entre à l'Hôpital maritime en mai 1904. Il présente un petit nombre de localisations tuberculeuses bénignes.

A l'extrémité inférieure du cubitus droit, un point d'ostéite, ouverte puis cicatrisée.

Face antérieure de l'avant-bras gauche, une gomme cutanée en voie de cicatrisation.

Au-dessous de la clavicule gauche, une gomme cutanée cicatrisée.

Au mollet gauche, entre le tendon d'Achille et la face postérieure du tibia, deux cicatrices anciennes adhérant aux tissus profonds. Elles ont succédé à des fistules qui laissaient échapper des fongosités mêlées au pus. Ces cicatrices sont situées un peu au-dessus de la malléole interne. Elles suivent les mouvements du tendon d'Achille.

Les mouvements d'extension et de flexion du pied sont normaux. Ces fistules ont guéri spontanément.

OBSERVATION XIII

(M. Ménard)

Tuberculose à foyers multiples. Gommès de la face. Adénite tuberculeuse sous-maxillaire. Gomme sous-cutanée de l'avant-bras gauche. Mal de Pott lombaire. Gommès tuberculeuses de la région du tendon d'Achille du côté gauche, puis du côté droit.

P..., jeune fille âgée de 20 ans, est arrivée à Berck au commencement de l'été 1901, portant déjà plusieurs localisations tuberculeuses : deux gommès peu volumineuses de la joue droite. Un abcès ganglionnaire de la région sous-maxillaire du même côté ; une gomme ramollie de l'avant-bras. Ces divers foyers tuberculeux traités par des ponctions et des injections d'éther iodoformé et de thymol camphré guérissent d'une manière satisfaisante au cours de l'été de 1901, soit dans un délai d'environ trois mois. Dès cette époque, la malade portait sur le côté interne du tendon d'Achille du côté gauche, une fistule ouverte depuis plusieurs mois. La suppuration qui

s'en écoulait était de médiocre abondance. Mais des masses fongueuses en furent exprimées à plusieurs reprises. Ces fongosités pouvaient être amenées à l'extérieur par des manœuvres de compression et d'expression du fond du trajet vers l'orifice.

On en faisait sortir des quantités considérables. Le trajet offrait une longueur de plus de dix centimètres et offrait surtout en bas au-dessus du calcaneum une dilatation importante passant du côté interne sur le côté externe de la jambe sous le tendon d'Achille.

Malgré des injections répétées d'éther iodoformé la guérison fut loin d'être obtenue aussi rapidement que pour les autres lésions. La fistule persista en dépit de tous les soins et de l'amélioration évidente de la santé générale. Vers la fin de l'été il fut question de douleurs lombaires qui duraient depuis fort longtemps mais dont il n'avait pas été jusque là fait part à M. Ménard. Un mal de Pott lombaire fut découvert sans complications. La malade partit pour Marseille où elle passa l'hiver.

Au printemps de 1902 elle revient à Berck. Le mal de Pott est douloureux ; un abcès d'origine vertébrale s'est développé dans la masse sacro-lombaire du côté gauche, étendu depuis les dernières côtes jusqu'au sécrum sous la forme d'un cylindre assez étroit. Cet abcès a guéri en trois à quatre mois moyennant deux ponctions avec injections modificatrices.

La fistule de la région du tendon d'Achille persiste malgré les tentatives faites à Marseille par le Dr Métaxas pour obtenir la guérison : injections de chlorure de zinc, curettage. Elle reste ouverte à Berck pendant plusieurs mois. Elle paraît, à plusieurs reprises, se fermer à son orifice, mais il s'agit d'une guérison illusoire ; l'entrée du trajet seul est cicatrisée, les fongosités s'accumulent plus loin. Plusieurs fois de suite, l'ouverture s'ouvre et donne issue à de nouvelles collections de pus et de fongosités. Enfin, cette lésion tenace guérit au commencement de 1903.

A cette époque (printemps 1903), tous les foyers paraissent, sinon complètement guéris, parvenus du moins à un degré avancé de réparation. Les lésions du cou et de l'avant-bras sont guéries sauf une petite gomme du volume d'un grain de chènevis qui a reparu dans une cicatrice de la joue gauche.

L'altération vertébrale ne donne aucun signe : toute trace de l'abcès a disparu ; la déformation qui siégeait au niveau des deux et trois premières lombaires, peu apparente d'ailleurs, s'est sensiblement effacée ; à peine peut-on constater sa présence d'autant que le rachis a repris une souplesse à peu près normale dans toute la région inférieure. La malade peut réaliser d'elle-même une ensellure très prononcée que l'on exagère encore en explorant la région.

Un peu plus tard (été 1903), un abcès tuberculeux apparaît sous le côté interne du tendon d'Achille de la jambe droite. Il ne tarde pas à acquérir le volume d'une moitié d'orange. En bas, il confine au bord supérieur du calcanéum.

En haut il s'élève jusque vers l'extrémité des faisceaux musculaires du triceps. Il est traité par des ponctions et des injections d'éther iodoformé. Malgré ces tentatives faites pour détruire la paroi fongueuse, la collection devient peu à peu superficielle. Finalement elle s'ouvre au niveau de la malléole interne. L'ouverture est protégée par un pansement occlusif au collodion.

Tous les jours, puis tous les deux jours et ensuite à des intervalles un peu plus éloignés, la collection est évacuée avec soin et de temps en temps les fongosités exprimées. Des crayons d'iodoforme sont introduits dans le trajet ; des injections de thymol camphré sont aussi faites dans le but de détruire les fongosités qui se reproduisent avec une persistance difficile à vaincre.

Le trajet fongueux s'étend depuis la malléole interne jusqu'à une douzaine de centimètres plus haut vers l'extrémité supérieure et sur la face profonde du tendon d'Achille.

Au mois de février 1904, la fistule suppure à peine depuis

plusieurs semaines. Le trajet se trouve rapidement dilaté vers son extrémité supérieure, une collection du volume d'une mandarine ne peut être évacuée mécaniquement par l'orifice très rétréci. Cet orifice admet cependant l'extrémité fine d'une canule mousse métallique et on peut injecter quelques grammes de thymol camphré pénétrant jusque dans la collection que l'on voit se tendre.

Après deux jours d'occlusion de l'orifice au moyen du colloidion, on peut évacuer par la fistule une masse énorme de fongosités ramollies demi-liquides.

A la suite de cette dernière tentative, la suppuration s'est rapidement tarie.

Actuellement (juin 1904) la lésion paraît guérie ; bien qu'il reste dans la région traversée par le trajet depuis le calcanéum jusque vers la pointe inférieure du triceps sural, une induration manifeste. On ne peut encore affirmer que la guérison soit définitive, une nouvelle rechute sous la forme de reproduction de fongosités est à craindre.

Des deux côtés, mais surtout du côté droit, lésion plus récente, la flexion du pied atteint difficilement l'angle droit : elle est donc manifestement incomplète. Le tendon d'Achille est bridé à sa face profonde par du tissu de cicatrice produit de réparation du trajet tuberculeux qui a persisté dans la région durant une si longue période.

CONCLUSIONS

I. — La région postérieure de la jambe est prédisposée aux cultures tuberculeuses profondes, sous-aponévrotiques.

II. — Ces cultures se développent au niveau du mollet dans le tissu cellulaire intermédiaire aux deux plans musculaires de la région, sous la masse du triceps sural. Plus bas, elles évoluent dans la loge comprise entre le tendon d'Achille et le plan aponévrotique profond.

III. — L'examen anatomique fait à l'occasion du traitement montre que ces foyers sont de forme très irrégulière. Cette irrégularité exige une grande attention de la part du chirurgien appelé à en pratiquer le curettage.

IV. — La disposition de ces foyers tuberculeux explique comment il reste, après la guérison, des adhérences soit du tendon d'Achille, soit de la masse musculaire du triceps aux plans profonds.

V. — Il en résulte parfois un *équinisme* plus ou moins prononcé que l'on doit prévoir lorsqu'on opère le curettage des foyers tuberculeux du mollet, et prévenir en maintenant le pied à angle droit sur la jambe au moyen d'un appareil de contention.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu :
Le Professeur,
LE DENTU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ERN. BAZIN. — Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule, etc... 2^e édit. Paris 1861.
- BESNIERS. — Art. Gommès du Dict. encyclopédique.
- BORDEU, CHARMETTON, FAURE, GOURSAUD, MAGAUD, UN ANONYME. — Prix de l'Académie Royale de Chirurgie. Paris, 1747. T. III.
- BORDEU. — Dissertation sur les écrouelles (Oeuvres complètes de Bordeu, 1818).
- BÉZY. — Contribution à l'étude des abcès froids du tissu cellulaire. *Th. de Paris*, 1880.
- BRISSAUD. — Etudes sur les tuberculoses locales. In *Archives générales de médecine* 1880. T. II p. 129-267.
Article Scrofules du Nouveau Dictionnaire de Médecine et de chirurgie pratiques, Paris 1882.
- BRISSAUD et JOSIAS. — Des gommès scrofuleuses et de leur nature tuberculeuse. In *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*. Nov. et Déc. 1879.
- CHARMETTON. — Traité des écrouelles, Avignon, 1752. Lyon 1755.
- CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique. T. IV. p. 729
- CHAMEROY. — *Th. de Paris* 1882.
- CORBEIL. — *Th. de Paris*, 1882.
- CORNIL ET RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique, 2^e édit. Paris, 1881. T. I.

- DELPECH. — Précis élémentaire des maladies réputées chirurgicales, Paris, 1016. T. II, art. II. *Des tubercules scrophuleux*.
- DESPRÈS. — *Archives générales de médecine*, Sept. 1874, 6^e série T. XXIV, p. 257.
- FOLLIN ET DUPLAY. — Pathologie externe.
- GUERSANT. — Article scrofule du Dictionnaire de Médecine en 30 V. Paris, 1844.
- GRANCHER. — Article scrofule du Dictionnaire encyclopédique.
- HARLET. — *Th. de Lille*, 1888.
- HÉMERY. — *Th. de Paris*, 1897
- KIRMISSON. — In *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, T. VII, p. 854.
- LALOUETTE. — *Traité des scrophules, etc...* Paris, 1780.
- LEBERT. — *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*, Paris, 1849.
- LANNELONGUE. — *Abcès froids et tuberculose osseuse*, Paris, 1881.
- LANCEREAUX. — *Traité histologique et pratique de la syphilis*, Paris, 1866.
- LE MARC'HADOUR. — *Th. de Paris*, 1890.
- NICAISE. — *Des abcès froids du tissu cellulaire*, *Revue de Chirurgie*, 1883, p. 486.
- PLANTARD. — *Th. de Paris*, 1901.
- POZZI. — *Gazette médicale de Paris*, 1886. 7.5 II, 195-197.
- ROUX ET BÉRARD. — Art. *Abcès* du Dictionnaire en 30 Vol.
- VERCHÈRE. — *Revue de Chirurgie*, 1886, p. 476.

